


ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проф. П.В.ГАРЕЛИК, проф. И.Я.МАКШАНОВ

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ХОЛЕЦИСТИТА

Кафедра общей хирургии ГГМИ

 Несмотря на существование международной классификации болезней (МКБ-9), принятой ВОЗ в 1975 году и адаптированного ее варианта 1984 года, систематизация заболеваний продолжает рассматриваться и совершенствоваться (И.Н.Гришин; А.В.Гуляев и др.). Этим целям служило обсуждение данной проблемы, организованное журналом «Здравоохранение Беларуси» в 1993 году по поводу заболеваний желчного пузыря (ЖП). В результате работы «круглого стола» была предложена классификация холецистита.

Разделяя в целом поиск оптимального варианта классификации указанной патологии, поскольку мы не принимали участия в обсуждении этой проблемы, но располагая определенным опытом, хотели бы высказать ряд своих соображений.

Любая классификация - это условная систематизация (группировка, объединение, разделение, расчленение) каких-то предметов, признаков, свойств, явлений и т.д. При этом, чем больше в классификации учитывается объективных критериев, тем точнее она отражает реальную действительность.

Итак, какие необходимо учитывать условия, существующие постулаты при классификации холецистита?

1. Адаптированный, ныне действующий вариант МКБ-9 не содержит такой нозологической единицы как холецистопанкреатит. Поэтому холецистопанкреатит, в зависимости от преобладания симптомов, может быть холециститом с сопутствующим или осложнившимся панкреатитом, что бывает в подавляющем большинстве случаев, или панкреатитом с сопутствующим холециститом.
2. Адаптированный вариант МКБ-9 предусматривает возможность камненосительства без холецистита. Так, пункт 574.2 гласит: «Камни желчного пузыря без упоминания холецистита».

Следовательно, камненосительство - это особая форма желчно-каменной болезни, которая принципиально может быть не связана с воспалением, однако в патогенезе воспалительного процесса в желчном пузыре (хоledохе) играет весьма существенную роль. Кстати, в МКБ-9 желчно-каменная болезнь представлена как раздел болезней желчного пузыря (ЖП), но не как нозологическая единица болезни.

3. Адаптированный вариант МКБ-9 содержит две отдельные формы: холецистит с наличием камней в ЖП и бескаменный.
4. В соответствии с учением о воспалении существуют следующие патоморфологические формы: катаральное (серозное), гнойное (флегмонозное) и гангренозное (гнилостное).
5. Хронический холецистит по развитию и течению может быть: первично-хронический, резидуальный и рецидивирующий.
6. Купирование острого гнойного или флегмонозного холецистита неминуемо переводит процесс в подострый, а затем в хроническую стадию. Таким образом, хроническое гнойное воспаление ЖП - это реальное явление. По данным патоморфологических исследований хронический гнойный холецистит встречается у 4-5% оперированных больных.
7. Каждая классификация должна иметь определенный и единый критерий, иначе она теряет смысл, так как нарушаются законы логики.

Исходя из изложенных положений, приводим, на наш взгляд, наиболее оптимальный вариант классификации воспалительных заболеваний ЖП.

Классификация холецистита

По клиническому течению:

1. Острый.
2. Хронический: первично-хронический, резидуальный, рецидивирующий.

В зависимости от патогенеза

1. Калькулезный (около 80%).
2. Бескаменный (около 20%)

Клинико-морфологическая классификация

1. Острый
 - 1.1. Катаральный (серозный).
 - 1.2. Гнойный.
 - 1.3. Флегмонозный.
 - 1.4. Гангренозный (гнилостный).
2. Хронический холецистит
 - 2.1. Катаральный (серозный).
 - 2.2. Склерозирующий.
 - 2.3. Гнойный.

Классификация холецистита будет не полной, если она не систематизирует осложнения при данной патологии, а возможные осложнения достаточно многочисленны (А.Д.Очкин). Действительно, осложнения холецистита не только многочисленны, но и многообразны, при этом ряд из них встречается очень часто, некоторые - чрезвычайно редко.

Осложнения холецистита

1. **Х о л а н г и т** - очень частое осложнение, особенно при повторном развитии острых деструктивных форм холецистита.
2. **Э м п и е м а** ЖП может быть как осложнение острого холецистита, так и хронического, вследствие этого необходимо в диагнозе указывать острая или хроническая эмпиема.

Кстати, С.П.Федоров подчеркивал, что эмпиема может иметь острое или хроническое течение.

Больные с хронической эмпиемой весьма часто оперируются в отсроченном или плановом порядке, поскольку болевой синдром и явления эндотоксикоза у них выражены незначительно, а на операции обнаруживается ЖП, наполненный гноем.

3. **В о д я н к а** ЖП, как правило, развивается при хроническом калькулезном холецистите. Кстати, А.А.Вишевский и соавторы рассматривают водянку и эмпиему ЖП как осложнения калькулезного холецистита: катаральное воспаление стенок заблокированного ЖП приводит к развитию водянки; вирулентная инфекция в этих условиях вызывает эмпиему.

Нельзя исключить развитие водянки при остром катаральном холецистите, однако в подобных случаях закупорка пузырного протока может привести к развитию вторичной эмпиемы, поскольку серозное воспаление у этих больных легко переходит в гнойное

4. **М е х а н и ч е с к а я** желтуха наиболее часто развивается вследствие холедохолитиаза, который может протекать как самостоятельное заболевание, но

иногда причиной ее может быть холангит, панкреатит и другие осложнения холецистита.

5. П е р ф о р а ц и я стенки ЖП главным образом бывает при острых гангренозных формах холецистита и несколько реже - при флегмонозных.
6. П е р и т о н и т развивается при острых деструктивных формах холецистита вследствие перфорации стенки ЖП, прорыва инфекции или истечения желчи через измененную стенку пузыря. Перитонит может быть местным или распространенным, септическим или желчным (ферментативным).
7. П а н к р е а т и т (острый, хронический): билиарная причина панкреатита среди других стоит на первом месте.
8. О к о л о п у з ы р н ы й абсцесс возникает вследствие распространения гнойного воспаления на окружающие ткани.
9. А б с ц е с с ы печени.
10. Г е п а т и т (острый, хронический).
11. П и е л о н е ф р и т.
12. Х о л е с т е р о з ЖП.
13. Ж е л ч н о - к а м е н н ы е свищи.

Некоторые пояснения и обоснования приведенной классификации

1. Классификация холецистита по клиническому течению включает только две формы: острый и хронический. Несомненно, существует переходная форма - подострый холецистит, что в свое время предлагали включить в классификацию А.В.Гуляев и А.М.Джавадян, рассматривая его как деструктивный холецистит в стадии затихания. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что подострый холецистит - это действительно одна из стадий (фаз) острого холецистита, поэтому с позиции тактики выделять его в отдельную форму нерационально.

2. Хронический холецистит по развитию и течению может быть:

- первично-хронический - изначально воспаление в ЖП приобретает хроническое течение;
- резидуальный - остаточные явления после купирования острого воспаления (переход острого воспаления в хроническое);
- рецидивирующий - протекает с повторными приступами печеночной колики, в соответствии с этим отмечаются периоды обострения и ремиссии.

3. Хронический рецидивирующий холецистит в период обострения необходимо дифференцировать с острым холециститом, поскольку последний наиболее часто тоже начинается и протекает как печеночная колика. Дифференциальная диагностика возможна при динамическом наблюдении: после купирования колики (анальгетики, спазмолитики, блокады) у больных с хроническим рецидивирующим холециститом практически полностью исчезают признаки болезни, при остром холецистите, как правило, уменьшается болевой синдром, но признаки воспаления и эндотоксикоза остаются.

Следует подчеркнуть, что затянувшийся приступ печеночной колики неминуемо приводит к выраженному обострению воспалительного процесса и хронический холецистит переходит в острый. Более того, затянувшийся болевой синдром при остром холецистите усугубляет патоморфологические нарушения в стенке ЖП. Поэтому, при поступлении в стационар пациента с печеночной коликой, главной задачей хирурга является срочное и стойкое купирование болевого синдрома.

4. Классификация холецистита в зависимости от патогенеза подчеркивает существенную роль камней ЖП в развитии как острого, так и хронического воспалительного процесса, а с другой стороны указывает, что холецистит может развиваться в пузыре, не содержащем конкременты.

По форме классификация в зависимости от патогенеза неправильна, так как термин «калькулезный» латинского происхождения, а «бескаменный» - русского.

Классификация должна базироваться на каком-то едином языке. Правильно по форме эта классификация должна звучать следующим образом: калькулезный, акалькулезный или каменный, бескаменный. Однако в медицине сплошь и рядом нарушается форма и нередко применяется профессиональный жаргон, который укореняется, и попытки исправить устоявшиеся термины практически не удаются. Поэтому мы привели указанные термины (калькулезный, бескаменный) в том виде, в каком они прочно вошли в медицинскую практику.

5. МКБ-9 не предусматривает выделение отдельных форм холецистита по клинико-морфологическому признаку, однако это абсолютно необходимо, так как данный критерий в значительной степени характеризует клиническое течение и определяет тактику хирурга.

6. Клинико-морфологическая классификация должна отражать патологоанатомические изменения стенки ЖП не только при остром холецистите, но в равной степени и при хроническом.

В классификации «круглого стола» при остром холецистите описываются патолого-анатомические формы (катаральный, флегмонозный, гангренозный), а при хроническом - вместо этого представлены периоды клинического течения (ремиссия, обострение).

И.Н.Гришин все виды воспаления, кроме катарального, относит к осложнениям, объединяя их в одну группу «деструктивный».

7. При остром процессе клинико-морфологическая картина позволяет выделить 4 формы холецистита: катаральный, гнойный, флегмонозный и гангренозный (гнилостный). Из всех этих форм три: катаральный, флегмонозный и гангренозный присутствуют практически во всех предлагаемых классификациях. При этом катаральный (серозный) холецистит весьма часто называют простым. Это неправильно, так как подобной формы воспаления не существует. Данное выражение - очередной случай хирургического жаргона.

Гнойный холецистит (С.П.Федоров) представлен в классификации А.В.Гуляева, А.М.Джавадян эмпиемой ЖП, в классификации «круглого стола» подобной формы холецистита не выделяется, а эмпиема ЖП отнесена в раздел осложнений.

Что такое острый гнойный холецистит и чем он отличается от других форм острого холецистита?

Острый, гнойный холецистит - это острое гнойное воспаление слизистой и подслизистой слоя ЖП с образованием гнойного экссудата в просвете его. В тех случаях, когда имеется нарушение проходимости пузырного протока или сократительной функции мышечной стенки пузыря развивается острая эмпиема ЖП.

Следовательно, острая эмпиема ЖП - это осложнение острого гнойного холецистита, проявляющееся накоплением гноя в просвете пузыря, в связи с нарушением его функции опорожнения. Поэтому эмпиема должна быть отнесена к осложнениям холецистита. Кстати, МКБ-9 предусматривает как одно из осложнений «закупорка ЖП», в том числе не калькулезной этиологии. Весьма существенная деталь: эмпиема ЖП - это в значительной степени понятие клиническое, поскольку она, во-первых, имеет соответствующую симптоматику; во-вторых, опорожнение пузыря при рассечении его стенки и осмотра содержимого, в целях описания макропрепарата, ликвидирует эмпиему, морфологическое исследование после этого позволяет констатировать только острое или хроническое гнойное воспаление стенки ЖП.

Ближе всего к гнойному холециститу стоит флегмонозный - неограниченное прогрессирующее гнойное воспаление слизистой, подслизистой, мышечного и серозного слоев ЖП. Иными словами - это гнойное расплавление стенки пузыря, то есть разновидность гнойного воспаления.

Гнойный, флегмонозный, гангренозный формы холецистита относят к деструктивным холециститам, поскольку при данных формах возможна деструкция

стенки пузыря и его перфорация. Указанное осложнение обязательно выносится в диагноз, поскольку оно всегда ведет к развитию перитонита.

В классификации А.В.Гуляева и А.М.Джаводян прободение ЖП представлено как одна из форм холецистита, то есть воспалительного процесса. Но прободного вида воспаления, как известно, не существует. А.Д.Очкин к деструктивному холециститу относит только гангренозную форму. Однако деструкция пузыря с перфорацией, как свидетельствует практика, наблюдается при гнойном, флегмонозном и гангренозном холецистите.

Клинико-морфологические формы хронического холецистита

1. Катаральный (серозный) - хроническое серозное воспаление. При наличии затрудненного оттока по пузырному протоку и/или выраженном нарушении сократительной функции стенки пузыря, хронический катаральный холецистит может осложниться развитием водянки. Следовательно, водянка ЖП - это катаральное воспаление, проявляющееся накоплением серозного экссудата в просвете пузыря, в связи с нарушением его функции опорожнения, поэтому данная патология должна относиться к осложнениям хронического холецистита.

2. Склерозирующий - это продуктивное (пролиферативное) воспаление с выраженным склерозом стенки пузыря и резким уменьшением его емкости. Что такая патология существует - это факт, однако С.П.Федоров склероз ЖП рассматривал как отдельную нозологическую форму хронического холецистита, в то время, как по мнению «круглого стола» - это осложнение холецистита. На наш взгляд, поскольку продуктивное воспаление является самостоятельной формой патологического процесса, поэтому склерозирующий холецистит - это первично существующая реальность.

3. Хронический гнойный холецистит - это наиболее часто резидуальный (остаточный) процесс после эффективного консервативного лечения острого гнойного холецистита, включая переход острой эмпиемы ЖП в хроническую.

У ряда больных ранней интенсивной терапией удается купировать даже флегмонозный холецистит и перевести острое воспаление в хроническое. Не исключается возможность развития первично-хронического гнойного холецистита. С.П.Федоров при хроническом осложненном холецистите выделял гнойную форму.

Приведенная классификация холецистита и его осложнений позволяет обосновать стереотип формулирования диагноза при данном заболевании.

Так, клинический диагноз острого холецистита должен содержать три обязательных компонента: клиническое течение (проявление), патогенетический механизм заболевания и клинико-морфологическую форму воспалительного процесса.

Клинический диагноз хронического холецистита должен содержать четыре обязательных компонента, так как наряду с критериями острого холецистита он включает механизм развития (формирования) и течения.

В соответствии с существующим положением, все приведенные осложнения выносятся в графу «Осложнения основного заболевания».

Примеры построения диагноза при остром холецистите:

- острый калькулезный катаральный холецистит;
- острый бескаменный гнойный холецистит;
- острый калькулезный гнойный холецистит, осложнение: острая эмпиема ЖП
- острый бескаменный гангренозный холецистит, осложнения: 1) перфорация стенки ЖП; 2) местный неограниченный гнойный перитонит;
- острый калькулезный флегмонозный холецистит; осложнение: механическая желтуха;
- острый бескаменный катаральный холецистит; осложнение: острый панкреатит.

Примеры построения диагноза при хроническом холецистите:

- первично-хронический бескаменный катаральный холецистит;
- хронический резидуальный калькулезный гнойный холецистит, осложнение: хроническая эмпиема ЖП;

- первично-хронический калькулезный склерозирующий холецистит;
- хронический рецидивирующий калькулезный катаральный холецистит (это наиболее частое проявление так называемой желчно-каменной болезни);
- хронический резидуальный калькулезный катаральный холецистит, осложнение: водянка ЖП;
- хронический рецидивирующий калькулезный катаральный холецистит, осложнения: 1) хронический холангит; 2) механическая желтуха.

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что предлагаемая классификация холецистита дает возможность достаточно полно охарактеризовать данное заболевание и его осложнения. Классификация вполне доступна для использования в практической хирургии, она позволяет унифицировать построение диагноза и результаты лечения отдельных форм холецистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А.А., Гришкевич Э.В., Саркисов Д.С. Хронический калькулезный холецистит и его хирургическое лечение. - Л.: Медицина, 1967. - 264 с.
2. Виноградов В.В., Мазаев П.Н., Зима Л.И. Диагностика холецистита. - М., 1978.
3. Виноградов В.В., Пауткин Ю.Ф. Желчные камни. - М., 1983.
4. Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Минск, «Вышэйшая школа», 1989. - 200 с.
5. Гуляев А.В. Выступление в прениях. Труды VI Пленума правл. Всесоюзного общества хирургов. - Л., 1957. - С.304.
6. Гуляев А.В., Думпе Э.П., Крылов Л.Б. и соавт. Острый холецистит - геронтологическая проблема. - XXX Всесоюзный съезд хирургов. - Тезисы докл., 1981. - С.63-64.
7. Джавадян А.М. Тактика хирургического лечения холециститов. - Докт.дис. ... - М., 1958. - 486 с.
8. «Круглый стол», посвященный классификации холецистита // Здравоохранение Беларуси. - 1983. - N 2. - С.68-73.
9. Очкин А.Д. Желчно-каменная болезнь, холецистит и их хирургическое лечение. - М., 1949. - 188 с.
10. Федоров С.П. Желчные камни и хирургия желчных путей (2-ое издание). - М.-Л.: Медгиз, 1934. - 236 с.

Поступила 20.09.1996 г.

Г.А.ВИНОГРАДОВ, проф. Н.Г.ЛУД

МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ КОЛОСТОМОЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. - проф. Н.Г.Луд) Витебского ордена Дружбы народов медицинского института

Изучены последствия наложения колостомы у 90 больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и 30 - после операции Гартмана (I группа). У 30 больных при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с целью коррекции моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта формировали искусственный сфинктер толстой кишки (II группа).

Установлено, что выключение у колостомированных больных из пищеварения аноректальной зоны приводит к возникновению функциональных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта с ускорением эвакуации кишечного содержимого, учащением стула и увеличением его продолжительности. Применение разработанного способа создания искусственного сфинктера толстой кишки способствует замедлению мо-